# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

cerfa 12693*01

## 1 – Identification de la demande

- ☐ Prise en charge médico-sociale
- ☐ Orientation scolaire
- ☐ Maintien en établissement pour enfants pour un jeune de + de 20 ans - Amendement CRETON
- ☐ AVS (auxiliaire de vie scolaire)
- ☐ AVU (auxiliaire de vie universitaire)
- ☐ Matériel pédagogique adapté
- ☐ Aménagement d'examen ou concours
  Précisez l'examen ou le concours : .....
- ☐ Aménagement de scolarité (dispense de 2ème langue vivante...)
- ☐ Transport scolaire
- ☐ Autre demande .....

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

## 2 – Identifiez l'enfant ou le jeune concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

## 3 – Précisez votre demande (facultatif)

_____

_____

En cas d'orientation scolaire ou de prise en charge médico-sociale, précisez quel(s) type(s) d'établissement(s) ou de service *(possibilité de cocher plusieurs cases)*

- ☐ Classe ordinaire
- ☐ CLIS - Classes d'Intégration Scolaire
- ☐ UPI - Unité Pédagogique d'Intégration
- ☐ Service médico-social (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS,SSEFIS ...)
- ☐ Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES...)

Préciser le régime :

- ☐ en internat complet
- ☐ en internat de semaine
- ☐ en semi-internat ou externat
- ☐ en accueil temporaire
- ☐ accompagnement par un service (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS ...)

Avez-vous une préférence pour un établissement, précisez l'adresse :

Nom : _____

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

1er exemplaire à retourner à la MDPH • 2e exemplaire à conserver

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

## 4 – Situation de l'enfant

▶ **Établissement scolaire ou universitaire fréquenté :**

Nom : _____

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : ⌊_____⌋ Commune : _____

Téléphone : ⌊_____⌋

Adresse électronique : _____ @ _____

Niveau de classe : _____

Durée hebdomadaire de fréquentation : _____

▶ **L'établissement scolaire fréquenté est-il différent de l'établissement de référence ?**

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez le nom et l'adresse de l'établissement scolaire de référence :

Nom : _____

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : ⌊_____⌋ Commune : _____

Téléphone : ⌊_____⌋

Adresse électronique : _____ @ _____

Nom de l'enseignant référent de l'équipe de suivi de la scolarité : _____

▶ **Votre enfant est-il actuellement dans un établissement ou service médico-social ?**

☐ OUI ☐ NON Si OUI, depuis quelle date ? ⌊_____⌋

Si oui : ☐ en internat ☐ en semi-internat ☐ en externat ☐ accompagnement

Précisez son nom : _____

Son adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : ⌊_____⌋ Commune : _____

Téléphone : ⌊_____⌋

Adresse électronique : _____ @ _____

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

▶ **Votre enfant bénéficie-t-il d'autres types d'accompagnement ?** (exemple CMP, CMPP, CAMSP, libéral...)

☐ OUI ☐ NON

**Précisez le nom et l'adresse de ce(s) professionnel(s) ou de cet(s) établissement(s) :**

**a** - Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

**b** - Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

**c** - Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

**d** - Nom : _____

Nature de l'accompagnement : _____

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

**1er exemplaire à retourner à la MDPH • 2e exemplaire à conserver**

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

## 5 – Procédure simplifiée

☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
☐ Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

**Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.**

## 6 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|

Signature du représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations *(Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).*
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

page 4
verso

# Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

## 7 – Pièces à joindre

**Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :**

▶ Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :

☐ Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois

☐ **Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :**

Photocopie lisible : ☐ de la carte nationale d'identité
☐ *ou* du livret de famille
☐ *ou* du passeport
☐ *ou* un extrait d'acte de naissance

☐ **Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :**

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

☐ **Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

☐ Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.